

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ**

## **Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine**

**Збірник тез доповідей**  
**III Міжнародної науково-практичної конференції**  
**Студентів та молодих вчених**  
**(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми  
Сумський державний університет  
2015

викликають менш виражені гастродуоденальні ушкодження, ніж неселективні НПЗ, які пригнічують одночасно ЦОГ-1 і -2, однак повністю не вирішують проблеми. Як відомо, НПЗП-гастропатія розвивається не у всіх пацієнтів, які застосовують для лікування ці препарати протягом тривалого часу. Це можна пояснити так званим феноменом адаптації слизової оболонки шлунка до токсичної дії НПЗП. Згідно з рекомендаціями Американської колегії гастроентерологів та положеннями Маастрихту IV, пацієнтам групи високого ризику рекомендовано застосовувати селективні блокатори ЦОГ-2 з інгібіторами протонної помпи (ППП). Рання діагностика і профілактика ерозивно-виразкових уражень, індукованих НПЗП, є однією з актуальних проблем сьогодення.

**Мета:** дослідити особливості перебігу НПЗП-індукованої гастропатії у хворих на РА, які протягом тривалого часу (>1 міс) приймали НПЗП, та оцінити тактику прогнозування і лікування пацієнтів препаратами з різним ступенем селективності, а також, ефективність застосування у комплексній терапії ППП.

**Методи дослідження.** Обстежено 48 хворих на ревматоїдний артрит (РА), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні СОКЛ в період з вересня по грудень 2014р. Для дослідження пацієнтів використовували аналіз скарг, даних анамнезу, об'єктивний огляд хворих, загальноклінічні лабораторні інструментальні (езофагогастродуоденоскопія) дослідження. Критеріями діагнозу НПЗП-гастропатії слугували ураження слизової оболонки (СО) гастродуоденальної зони, які виявлено ендоскопічно на фоні прийому НПЗП >1 міс, відсутність захворювань ШКТ в анамнезі.

Із НПЗП у комплексному лікуванні лікуванні застосовували 150 мг 1 раз на добу (32 пацієнта – група I) та ревмоксикам — 15 мг 1 раз на добу (16 пацієнтів - група II). Усім хворим після виявлення гастропатій призначався омепразл 20мг 2 разі на добу. Обробку результатів виконували на персональному комп'ютері з використанням Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Ерозивно-виразкові ураження діагностовано у 30 пацієнтів (62,5% від загальної кількості). Серед хворих, які приймали диклофенак у 16 пацієнтів (73%) діагностовано помірно виражений поверхневий гастрит II ступеня активності, та у 6 пацієнтів поверхневий гастрит I ступеня активності (27%). Серед хворих, які використовували ревмоксикам лише у 2 пацієнтів (25%) виявлено гастрит II ступеня і, у 6 пацієнтів гастрит I ступеня і (75%). При контрольному огляді пацієнтів, який проводився через 1 місяць від призначення омепразолу, явища гастриту I ступеню було діагностовано у 4 хворих (18 %), які у комплексному лікуванні щоденно використовували диклофенак.

**Висновки.** Нами не виявлено статистично-значимих відмінностей між статтю та віком пацієнтів. Для прогнозування виникнення НПЗП-гастропатії хворим, які отримують НПЗП необхідно проводити ендоскопічне обстеження шлунка в ранні терміни лікування. Хоча диклофенак є золотим стандартом при лікуванні ревматичних хвороб, при використанні селективних інгібіторів ЦОГ-2 зменшується ризик виникнення НПЗП-індукованої гастропатії. ППП є ефективним засобом профілактики ерозивно-виразкових уражень.

## ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ АСОЦІАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Погорєлова О. С., Малиш К.М.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

У теперішній час накопичується все більше даних про те, що хронічне персистуюче системне запалення, присутнє при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ), вносить свій вклад у патогенез атеросклерозу і серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на ХОЗЛ.

**Метою дослідження** було вивчення особливостей лабораторних та спірографічних показників, рівня СРБ у хворих на ізольоване ХОЗЛ та при його асоціації із ішемічною хворобою серця (ІХС).

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз), 3 група – здорові особи. Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі на ХОЗЛ 3 ст., 2а підгрупу склали хворі на ІХС та ХОЗЛ 2 ст., пацієнти 2в підгрупи страждали на ІХС і ХОЗЛ 3ст. Всім хворим оцінювали результати клінічного аналізу, ліпідів крові, проводилося спірографічне дослідження. Статистична обробка здійснювалася за допомогою t-критерію для непарних вибірок після визначення нормальності розподілу даних за допомогою одно вибіркового критерію Колмогорова-Смірнова. Достовірною різницю між вибірками вважали при рівні  $p \leq 0,05$ .

**Результати.** Підвищення рівню гемоглобіну та еритроцитів у 1в та 2в групах хворих у порівнянні із контролем можна пояснити компенсаторним еритроцитозом у відповідь на гіпоксію, що виникає у хворих на ХОЗЛ. Виявлене підвищення рівня загального холестерину (ЗХ) у пацієнтів 2 групи (а, в підгрупі) у порівнянні із контролем на 34,8% ( $p=0,007$ ) і 31,1% ( $p=0,037$ ) і на 20,8% ( $p_1=0,02$ ) та 22,6% ( $p_1 \leq 0,001$ ) порівняно із 1 групою (а і в) відповідно. Ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ) достовірно були вищими у пацієнтів 1в підгрупи на 27,5% ( $p=0,006$ ) у порівнянні із контролем, і в обох підгрупах 2 групи на 64% ( $p=0,01$ ) і 81,8% ( $p=0,001$ ) порівняно із здоровими особами контрольної групи, і на 46,7% ( $p_1=0,005$ ) та 42,8% ( $p_1=0,003$ ) порівняно із пацієнтами 1а і 1в підгруп. В нашому дослідженні виявлено, що рівні СРБ збільшувались зі зростанням бронхіальної обструкції і наявності коморбідної патології. Отримані показники ФЗД у пацієнтів обох досліджуваних груп достовірно відрізнялися від контролю. Так показник FEV1 у пацієнтів 1а та 2а груп коливався в середньому в межах  $68 \pm 1,3$  -  $72 \pm 1,9\%$ , у пацієнтів 1в та 2в групи –  $44,5 \pm 2,4$  та  $40,3 \pm 1,2\%$  відповідно. Подібні зміни виявлені при аналізі FEV1/FVC: у пацієнтів 1 групи він нижчий за контроль на 12,0% ( $p=0,014$ ) і на 16,2% ( $p=0,013$ ), у хворих 2 групи (підгрупа а і в відповідно) – відповідно на 13,5% ( $p=0,0064$ ) і 18,1% ( $p=0,0026$ ). Зниження показника FEV1/FVC при поєднанні ХОЗЛ із ІХС було недостовірним у порівнянні з ізольованим ХОЗЛ.

**Висновки.** Таким чином, виявлені зміни (підвищення рівню СРБ, дисліпідемія, еритроцитоз) асоціюються із зниженням показників ФЗД, що свідчить про взаємообтяжування коморбідних патологій.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ПРИ АСОЦІАЦІЇ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Погорєлова О. С., Фендик М.М.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Частота, із якою зустрічається ішемічна хвороба серця (ІХС) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) коливається за даними різних авторів від 50% до 64%. Згідно даних популяційних досліджень, у хворих на ХОЗЛ ризик серцево-судинної смерті вищий у 2-3 рази і складає приблизно 50% від загальної кількості смертельних випадків. Паралельний перебіг ХОЗЛ та ІХС підкоряється закону взаємного обтяження.

**Метою дослідження** була оцінка якості життя хворих на ХОЗЛ та при його асоціації із ІХС.

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз). Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі